2

Docteur Louis GERBIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Fibro-Myomes à origine primitive

DANS LE LIGAMENT LARGE

BORDEAUX
Imprimerie Commerciale et Industrielle
56, rue du Hautoir, 56

1906

Docteur Louis GERBIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Fibro-Myomes à origine primitive

DANS LE LIGAMENT LARGE

BORDEAUX
Imprimerie Commerciale et Industrielle
56, rue du Hautoir, 56

1906

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE

Merci de ses affectueux conseils.

A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE POITIERS

A MES MAITRES DE BORDEAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BOURSIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous ne voulons pas quitter nos maîtres, sans leur adresser ici un hommage de notre profond respect et les remercier de leur enseignement et de leurs conseils.

Notre reconnaissance va d'abord à nos maîtres de Poitiers; ce sont eux qui ont dirigé nos premiers pas dans les études médicales; nous n'oublierons jamais toute leur gratitude à notre égard.

A Bordeaux, nous avons été le stagiaire de MM. les professeurs Pousson, Régis, et Lefour. C'est avec un vif intérêt que nous avons suivi leurs magistrales leçons, et leur savant enseignement sera toujours pour nous d'une grande utilité.

Nous avons eu le plaisir de passer un trimestre dans le service de M. le professeur Boursier. Nous le remercions de toute sa bonté à notre égard, et nous lui adressons ici nos respectueux hommages, et la vive expression de notre reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que Monsieur le Professeur Montprofit, d'Angers, Messieurs les Docteurs Bonamy, de Paris, et Lapeyre, de Tours, veuillent bien accepter ici tous nos remerciements pour les observations inédites qu'ils ont eu l'amabilité de nous procurer.

INTRODUCTION

Comme l'indique le titre de notre travail, nous n'avons pas l'intention de faire ici une étude des fibromes utérins intraligamentaires, cette question ayant déjà été l'objet de plusieurs thèses.

Nous nous bornerons exclusivement à l'étude des fibromes nés sur place dans le ligament large, tumeurs autochtones, tumeurs aborigènes, comme les appelait Griffon, n'ayant aucune connexion, aucun rapport de continuité ou de contiguïté avec l'utérus, nous laisserons également de côté les fibromes provenant des ovaires, des trompes ou du ligament rond. Certaines tumeurs sont parfois d'une interprétation anatomique assez difficile et nous aurions pu relater de nombreuses observations sur certains cas sujets à discussion, mais nous avons tenu à ne faire figurer ici que des observations dans lesquelles l'origine primitive de la tumeur dans le ligament large ne fait aucun doute. Nous avons divisé notre travail en 8 chapitres.

Chap. I. — Historique.
Chap. II. — Considérations sur l'anatomie du ligament large.
Chap. III. — Etiologie, Pathogénie.
Chap. IV. — Anatomie, pathologique.
Chap. V. — Observations.
Chap. VI. — Symptomatologie et diagnostic.
Chap. VII. — Pronostic.
Chap. VIII. — Traitement.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'existence des fibromes nés sur place dans le ligament large, absolument indépendants de l'utérus et de ses annexes n'a été véritablement admise que depuis une vingtaine d'années.

Avant cette époque, Kiwisch, en 1849, avait admis le développement primitif pour les petites tumeurs, mais tous les gros fibromes utérins étaient considérés par lui, comme émanés de l'utérus et restés en connexion avec lui par un pédicule relativement mince, analogue aux fibromes utérins, sous péritonaux qui s'élèvent dans la cavité abdominale.

Dans la thèse d'agrégation de Guyon, 1860, nous trouvons un cas de fibrome primitif du ligament large avec utérus porteur de petits noyaux fibreux.

En 1864, la question fut étudiée par Klebs et Klob, mais ces auteurs n'admettent pas l'origine primitive de ces tumeurs et pensent que ce sont des fibroïdes utérins qui ont pénétré entre les feuillets des ligaments.

En 1871, Virchow dans sa « Pathologie des tumeurs », s'exprime ainsi :

« Parmi les myomes des ligaments de l'utérus, la plus grande partie des cas cités comme tels doivent être rapportés

à des myomes déplacés, devenus intraligamentaires, après avoir été, originairement sous-séreux, ou intrapariétaux. Il se présente cependant des cas où les tumeurs sont tellement éloignées de l'utérus que l'on ne peut leur découvrir aucun rapport avec lui. Ainsi j'ai trouvé un fibromyome de structure caractéristique de la grosseur d'un haricot dans les ligaments larges, immédiatement au-dessous du ligament ovarique, à une grande distance de l'utérus et de l'ovaire. Il y avait endométrite et ovarite indurées. Sans doute leur siège peut facilement éveiller une autre idée. Grohe et Klebs ont cité des cas où il existait d'un côté un ovaire double, de l'autre un ovaire simple, cas où probablement un ovaire simple à l'origine avait été séparé en deux parties par une affection survenue pendant l'état fœtal. Or, comme il se présente aussi des myomes de l'ovaire, on peut penser qu'une petite partie séparée d'un ovaire puisse être affectée de myome. Tous les cas ne sont pas justiciables de cette explication, car on trouve aussi des tumeurs, bien qu'en général petites dans des endroits assez éloignés des ovaires et du ligament ovarique. »

Virchow conclut donc à l'existence des tumeurs primitives de cette sorte bien qu'il n'aie manifestement vu aucun fibromyome plus gros des ligaments larges.

En 1878, Boussi présente à la Société anatomique un fibrome adhérent aux ligaments larges et complètement indépendant de l'utérus (Cas relaté dans notre observation IV).

En 1880, Sänger, à l'occasion d'un volumineux fibrome indépendant de l'utérus rapportait cinq observations de tumeurs desmoïdes et concluait à la possibilité des tumeurs primitives dans les ligaments larges.

Quelques années plus tard, en 1887, Bilfinger dans sa thèse (Wurzbourg 1887) ne pouvait en réunir que 14 cas.

La thèse de Lang (Nancy 1891) « Des tumeurs solides primitives des ligaments larges et en particulier de leur histoire et de leur pathogénie » est le premier travail complet, où nous trouvons des arguments sérieux prouvant l'existence

des fibromes autochtones; 39 observations sont réunies dans ce travail.

Dans les « Bulletins et Mémoires de la Soc. Gynec. Obst. et Ped. de Bordeaux 1893 nous trouvons un cas opéré par M. le Prof. Demons, ce qui fut le sujet d'un travail de son chef de clinique Binaud sur les fibromyomes pédiculés, développés primitivement dans le ligament large.

Wallon, en 1889, à l'occasion d'un fibrome primitif admet que ces tumeurs ont pour origine des fibres musculaires décrites par Rouget.

La même année, Griffon, à propos d'un fibrome n'ayant aucun rapport avec l'utérus ou ses annexes, propose de nommer ces tumeurs « aborigènes ». Il pense que leur origine pourrait se trouver dans les fibres musculaires sous-péritonéales qui recouvrent le faisceau vasculaire utéro-ovarien.

En 1902, Stroheker, dans une thèse très documentée « Les fibromes du ligament large » en rapporte un nombre plus considérable, nous avons relevé 63 observations de fibromes non pédiculés, classés comme primitifs et 14 seulement de pédiculés, sont ceux de Sänger, Cushier, Bilfinger, Alb. Doran, Lawson-Tait, Gross, Duncan et Daly Binaud, V. Guérard, Culingworth, Sibut, Da Costa et Hansen.

Dans la « Revue de Gynec. Obst. et Ped. de Bordeaux 1902 Monsieur Demons rapporte trois cas de fibromes primitifs.

La même année parut l'observation de MM. Boursier et Venot.

Nous rapportons ici cinq observations inédites, l'une de Monsieur le Prof. Montprofit d'Angers à propos d'un fibrome primitif qui fut présenté à la Société des Sciences médicales d'Angers, à la séance de Janvier 1906.

Deux de Monsieur le Docteur Lapeyre, de Tours, et deux de M. le Docteur Bonamy, de Paris.

CHAPITRE II

Considérations sur l'anatomie du ligament large.

Pour bien comprendre la pathogénie des fibromes développés primitivement dans le ligament large, il est nécessaire d'avoir quelques notions précises sur l'anatomie de ce ligament, sur ses rapports et sa structure, c'est ce que nous allons résumer brièvement dans ce chapitre.

Les deux feuillets péritonéaux qui tapissent la face antérieure et la face postérieure de l'utérus, arrivés aux bords latéraux de cet organe, s'appliquent l'un à l'autre pour se porter ensuite vers les parois latérales du bassin. Ils forment ainsi, à gauche et à droite, deux cloisons transversales qui unissent l'utérus aux parois de l'excavation, c'est à ces replis péritonéaux, renfermant entre eux les fibres musculaires lisses et une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire qu'on donne le nom de ligaments larges. Ils divisent la cavité pelvienne en deux compartiments; l'un antérieur occupé par la vessie, l'autre postérieur occupé par le rectum.

Les ligaments larges, comparés par les anciens aux ailes d'une chauve-souris sont verticaux et irrégulièrement quadrilatères.

Leur face antérieure répond à la vessie, la postérieure au rectum.

Le bord supérieur répond à la trompe.

Le bord inférieur repose sur le plancher de l'excavation pelvienne.

Le bord externe répond à la paroi latérale de l'excavation.

Le bord interne se continue avec l'utérus.

Les deux feuillets péritonéaux qui constituent le ligament large, sont soulevés par trois organes, le ligament rond, la trompe et l'ovaire.

Les trois portions soulevées portent le nom d'ailerons : on distingue donc l'aileron antérieur, l'aileron moyen, et l'aileron postérieur.

Structure du ligament large. — Lorsqu'on procède à l'étude des ligaments larges, par la dissection, on remarque qu'ils se composent de deux lames et d'une couche celluleuse dans laquelle cheminent des vaisseaux et des nerfs.

Chacune de ces deux lames comprend un feuillet superficiel séreux et un feuillet profond musculaire.

Feuillets séreux. — Les feuillets séreux sont la continuation des feuillets péritonéaux qui revêtent les faces antérieure et postérieure de l'utérus. En haut, ils se continuent l'un avec l'autre, et enveloppent la trompe. En bas, ils se continuent avec l'enveloppe péritonéale de la vessie, en arrière avec celle des ligaments utéro-sacrés.

Feuillets musculaires. — Les feuillets musculaires signalés et bien décrits par Rouget adhèrent aux feuillets séreux d'une façon intime. Ces fibres musculaires diversement entrecroisées, affectent pour la plupart une direction transversale. Ces fibres existent dans toute la hauteur du ligament large, excepté dans l'aileron supérieur.

Lame cellulo-vasculaire. — Entre les deux feuillets séreux, ainsi doublés d'une lame musculaire, se dispose une nappe

de tissu cellulaire au sein de laquelle cheminent des vaisseaux sanguins et des lymphatiques. Cette lame cellulo-vasculaire est mince supérieurement. Mais elle s'épaissit de haut en bas, de dehors en dedans, en sorte que c'est au niveau du plancher du bassin et des bords de l'utérus qu'elle offre sa plus grande épaisseur.

Cette lame celluleuse est traversée de dehors en dedans:

1o Par l'artère utérine et ses premières divisions qui s'étalent en éventail sur les côtés de l'utérus, où on les voit déjà s'anastomoser entre elles.

2o Par l'artère utérine dont les principales branches forment sur les parties latérales du même organe un plexus volumineux.

3o Par les vaisseaux lymphatiques utérins et les rameaux nerveux.

En outre des vaisseaux et des lymphatiques ces ligaments renferment encore l'uretère qui traverse obliquement leur base pour gagner le bas-fond de la vessie. Ils renferment également une formation embryonnaire, le corps de Rosenmuller formé par des canalicules verticaux qui prennent naissance au voisinage du hile de l'ovaire.

Le corps de Rosenmuller représente la portion sexuelle du corps de Wolf et la partie supérieure du canal de Wolf.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Étiologie

Nous ne nous arrêterons pas longtemps aux conditions étiologiques des fibromes à origine primitive dans le ligament large, ces conditions étant les mêmes que celles qui régissent l'apparition de tous les fibromes en général.

Au point de vue de l'âge, sur 60 observations de fibromes primitifs relevés dans la thèse de Stroheker, dans lesquelles l'âge était indiqué et auxquelles nous ajouterons l'observation de M. Boursier, les 3 cas de M. Demons, celui de Théry et nos cinq observations inédites, soit 70 cas. nous avons trouvé que le fibrome s'était développé :

6 fois entre 20 et 30 ans.
56 fois entre 30 et 50 ans.
8 fois au-dessus de 50 ans.

Le maximum de fréquence de ces tumeurs semble donc être au point de vue de l'âge, entre 30 et 50 ans, c'est-à-dire l'époque ordinaire de l'apparition des tumeurs utérines ou ovariennes.

Les causes pouvant déterminer l'apparition des fibromes ont été longtemps cherchées et de nombreuses théories ont été mises en avant; la grossesse, le mariage, l'arthritisme, l'infection ont été invoqués tour à tour.

On a dit que le développement de ces tumeurs était retardé par la grossesse et même par le mariage parce que les femmes stériles étaient moins exposées que les vieilles filles.

On a invoqué l'infection et on a pensé que les fibromyomes seraient de nature inflammatoire, et que l'apport des germes pathogènes se faisait par la voie sanguine et lymphatique.

L'arthritisme a été invoqué par Richelot, et d'après lui, les femmes atteintes de ces néoplasmes étaient des scléreuses.

Pensant que l'étiologie des fibromes primitifs du ligament large est la même que celle des fibromes utérins, nous ne saurions ériger une théorie quelconque. C'est pourquoi nous nous bornons à citer celles qui ont déjà été émises.

Pathogénie

Quoique l'existence des fibromes autochtones du ligament large soit aujourd'hui indiscutable et admise par la plupart des chirurgiens, leur pathogénie reste néanmoins encore assez obscure. Nous allons cependant essayer d'exposer quels arguments militent en faveur de leur autonomie.

Pendant longtemps ces tumeurs ont été considérées comme des myomes utérins pédiculés dont le pédicule se serait rompu ou serait très grêle. C'est Sänger qui, le premier, plaça leur origine dans les fibres musculaires du ligament large, et alla même jusqu'à dire que nombre de fibromyomes intraligamentaires étaient véritablement d'origine ligamentaire.

Cette opinion fut défendue en 1892 par Gross au congrès français de Chirurgie. Nous avons relaté plus loin son observation (Obs. VI résumée).

« Mon observation, dit Gross, démontre d'une façon irréfutable l'existence des fibro-myomes à origine primitive dans le ligament large. Celle-ci d'ailleurs s'explique aisément par la constitution de ce ligament, telle que nous la connaissons depuis les recherches de Klebs, Henlé, Erbstein, Nous savons de par ces auteurs, que les ligaments larges contiennent de nombreux éléments musculaires provenant d'une sorte d'irradiation de faisceaux musculaires utérins. Il est donc permis d'y placer l'origine de certains fibromyomes. »

L'opinion de Gross fut développée par son élève Lang (Thèse Nancy, 1891-92).

Cet auteur s'appuie pour démontrer l'autonomie de certains fibromes du ligament large, sur des preuves de grande valeur,

1° Preuves anatomiques;
2° Preuves embryologiques;
3° Preuves cliniques.

Cette division est excellente et nous ne saurions en adopter une meilleure, nous allons nous y rattacher, et exposer d'une façon sommaire les idées de Lang.

1° *Preuves anatomiques.* — C'est Rouget, qui le premier, étudia sérieusement la structure des ligaments larges, reconnut l'existence et la disposition des fibres musculaires lisses. « Chez la femme, dit-il, un observateur, même exercé, reconnaîtrait probablement la présence de faisceaux musculaires dans les ligaments péritonéaux des organes génitaux, s'il n'était prévenu de certaines particularités importantes: le tissu musculaire ne forme pas là une membrane continue, mais une espèce de canevas à mailles larges entremêlées de réseaux musculaires et nerveux, le tout recouvert et marqué par des faisceaux de tissu conjonctif fibreux; ceux-ci emprisonnent tellement les faisceaux contractiles qu'il est impossible d'isoler ces derniers à l'état frais, sans altérer leur texture par les violences mécaniques au point que les élé-

ments en deviennent complètement méconnaissables et sont nécessairement confondus avec les filaments du tissu conjonctif fibroïde. »

Il existe donc dans les lames qui constituent le ligament large un feuillet superficiel séreux et un feuillet profond musculaire formé de fibres lisses.

Comme le dit Sänger, non seulement l'existence de puissantes couches musculaires formées de fibres lisses, mais encore, leur participation à la production de certains kystes du ligament large nous fournissent des preuves importantes comme dans le cas de Spiegelberg, de Lawson-Tait, de Scanzoni.

L'anatomie pathologique générale nous fournit encore d'autres preuves de la possibilité du développement spontané des fibro-myomes dans le ligament large: « Ces néoplasmes dit Sänger sont à ranger sans hésitation à côté des tumeurs conjonctives prépéritonéales de la paroi abdominale, étant de même nature, celles-ci se développent en dehors du péritoine, dans les muscles abdominaux, dans le tissu conjonctif lâche sous-séreux du péritoine pariétal, provenant de faisceaux musculaires de la cloison recto-vaginale ordinairement ou de l'aponévrose. Elles sont presque exclusivement extra-péritonéales, pour citer ce caractère signalé par Luscka, mais peuvent, comme le montre un cas personnel, se faire jour, ainsi formées, dans la cavité pelvienne.

Ainsi les tumeurs de la paroi abdominale se comporteraient à l'égard du péritoine pariétal comme des tumeurs libres intraligamentaires à l'égard des feuillets péritonéaux.

Mais, dans la paroi abdminale, on trouve surtout des fibromes purs, des fibro-sarcomes, tandis que dans les ligaments larges, on rencontre de préférence des fibromyomes, les fibres musculaires lisses étant bien plus favorables à leur développement.

2° *Preuves embryologiques.*— Lang cite une observation de fibro-sarcome paraovarien, à cellules fusiformes, pédiculé sur le

ligament large, publiée par Cushier en 1887. On trouva dans le pédicule de la tumeur en question, un certain nombre de tubes, tous terminés en cœcum. L'auteur les considère comme des canaux de Wolf hypertrophiés et Lang conclut que ces restes du corps de Wolf peuvent concourir à la formation de fibromes.

Il s'étend ensuite longuement sur le rôle des capsules surrénales accessoires, qui peuvent engendrer des néoplasmes, de même que les capsules surrénales, elles-mêmes produisent des lipomes et des carcinomes primitifs. « Il peut se faire dit-il que des fragments de ces organes voisins soient entraînés avec les glandes génitales et qu'ils participent à la migration apparente de celles-ci; aussi, sont-ils toujours proches du bord libre du ligament large voisin de l'ovaire. Ils sont généralement réduits à l'état de nodules microscopiques ou à leur couche corticale; parfois cependant, on peut y distinguer leurs deux substances constituantes. Des tumeurs développées aux dépens de ces capsules aberrantes peuvent en imposer pour un kyste ovarique. »

Preuves cliniques. — Le mode de développement des fibromes possédant une existence autonome, n'ayant avec l'utérus aucune connexion, répond à deux variétés:

1° Lorsque le volume est moyen et que la résistance des ligaments est suffisante, la tumeur reste en équilibre dans le ligament, sans proéminer plus d'un côté que de l'autre;

2° Mais lorsque le fibrome prend un plus grand développement en avant ou en arrière, il fait hernie dans le ligament, il se coiffe de péritoine et se pédiculise comme dans nos observations II, V, VII et VIII.

Ces tumeurs pédiculées sont assez rares et dans la thèse de Stroheker, nous n'en avons relevé que 13 cas.

Elles apporteraient, selon Lang, des preuves bien plus démonstratives en faveur de leur indépendance, mais il ne nous explique pas pourquoi. Les faits cliniques nous semblent

cependant aussi importants que l'anatomie et l'embryologie pour nous faire conclure à l'anatomie des tumeurs qui nous occupent.

Les fibromyomes peuvent se développer dans toutes les régions de l'économie, renfermant soit du tissu conjonctif pur, soit des fibres musculaires lisses associées à ce tissu. Or, nous avons vu, en étudiant l'anatomie normale du ligament large, que dans les lames qui le constituent, il existe un feuillet superficiel séreux et un feuillet profond musculaire formé de fibres lisses; rien d'impossible donc, rien de plus étonnant de voir une tumeur fibreuse se développer dans le ligament large que de la voir se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané, la peau, les aponévroses ou les bourses séreuses. De plus, il existe dans les feuillets du ligament large, des tumeurs de petit volume, « de la graine de fibrome », comme les appelle Stroheker, très éloignées de la matrice, grosses comme une cerise ou un pois.

Dans l'observation de Tedenat-Pozzi (Obs. V.), nous voyons à côté de deux gros fibromes éloignés de l'utérus, un certain nombre de tumeurs variables (poing, œuf de poule), entourées du tissu cellulaire lâche. Il est difficile d'admettre que nous ayons affaire à des tumeurs primitivement pédiculées et dont les pédicules se seraient rompus.

Dans un certain nombre d'observations, enfin, nous avons constaté des fibromes intraligamentaires avec ou sans pédicule, absolument indépendants, nous avons relaté un utérus absolument normal.

Ainsi donc, nous basant sur des faits anatomiques, embryologiques et cliniques, ne pouvons-nous pas nous croire autorisés à conclure à l'autonomie de certains fibromyomes du ligament large?

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Nombre. — Le nombre des fibromes développés primitivement dans le ligament large est très variable. On rencontre tantôt une masse isolée, comme dans nos observations IV et VII, tantôt des amas de petites tumeurs isolées, tantôt enfin, comme dans le cas de Tédenat (Obs. V.), on trouve, accompagnant deux grosses masses, des fibromes multiples de différentes grosseurs.

Volume. — Le volume de ces tumeurs est lui aussi très variable, depuis le fibrome gros comme un pois, une cerise, un œuf de poule, jusqu'aux énormes masses remplissant tout le petit bassin ou même toute la cavité abdominale.

Nous avons relevé entre autres cas, ceux de Boussi (Obs. IV), qui enleva un fibrome gros comme une tête d'adulte. Ceux de Buschmann (18 kilogs), de Freund (16 kilog.), de Sänger (8 kgr.), Billroth (18 kgr.), et Vautrin (7 kgr.), de Rydigier (15 kgr.).

Consistance. — L'attention mérite d'être appelée sur la consistance des fibromes primitifs du ligament large, car c'est elle qui souvent servira à établir le diagnostic. Ces tumeurs sont en général dures et élastiques, mais leur consistance varie suivant que le fibrome est formé de tissu fibreux pur ou qu'il est associé à du tissu musculaire. Nous signalerons ici que le fibrome primitif est habituellement d'une dureté exces-

sive et M. le Professeur Demons, à propos d'un cas opéré par lui, a justement insisté sur la consistance de ces tumeurs. « Les fibromes du ligament large, dit-il, sont particulièrement durs, très durs, souvent aussi calcifiés, du moins en partie. Et c'est ce qui les différencie davantage des fibromes utérins, qui peuvent aussi, il faut le reconnaître, être calcifiés de meilleure heure sur des sujets plus jeunes... D'autre part, leur surface n'est pas lisse, elle est légèrement bosselée, lobulée, rugueuse, ce qu'on voit aussi du reste dans les fibromes utérins en voie de calcification plus ou moins accentuée. » Nous trouvons un exemple frappant de cette consistance dans l'observation de Chardon (Obs. XII) et dans celle de M. Bonamy (Obs. XIV).

Structure macroscopique — L'aspect de ces tumeurs varie beaucoup suivant qu'elles sont plus ou moins vascularisées ou qu'elles ont subi un commencement de dégénérescence. Leur couleur est en général grisâtre; dans le cas de Boussi, (Obs. IV résumée), elle avait un aspect luisant, rappelant le cartilage.

La périphérie est en général brillante, quelquefois elle est lisse ou elle présente des bosselures.

Lorsque la tumeur est riche en vaisseaux, elle est plus rougeâtre, plus violacée. Le tissu de ces fibromes blanchâtre à l'intérieur, homogène lardacé, crie à la coupe et semble être constitué par des fibres irrégulièrement entrecroisées ou disposées en couches concentriques. Le raclage donne habituellement un liquide ressemblant à du blanc d'œuf.

Les rapports qui existent entre la quantité de fibres musculaires et le tissu conjonctif varient beaucoup; tantôt le tissu fibreux l'emporte sur le tissu musculaire, tantôt ce sont les fibres musculaires qui dominent.

Les éléments musculaires juxtaposés en faisceaux et contournés en tourbillons, forment des nodosités arrondies, séparées les unes des autres par des travées de tissu conjonctif lâche ou condensé. Quand l'élément musculaire domine, la tumeur est plus vasculaire et moins ferme que dans la variété conjonctive.

Dans le cas de Gross (Obs. VI résumée), on avait affaire à un fibromyome avec prédominance du tissu musculaire sur le tissu fibreux.

La partie la plus molle du néoplasme était également musculaire, mais avec dissociation des faisceaux par une substance gélatiniforme.

Dans l'observation de Griffon (Obs. VII), la tumeur présentait l'aspect d'un fibromyome classique, surface criant sous le scalpel, d'un gris rosé présentant des couches concentriques dans les parties périphériques et des tourbillons de fibres dans la partie centrale.

La tumeur enlevée par M. Demons (Obs. VIII résumée), présentait à la coupe un aspect lisse et blanc, avec de nombreuses arborisations, nettement blanches, s'anastomosant en tous sens et se croisant sur un fond plus grisâtre. L'examen histologique montra des faisceaux de fibres musculaires lisses entrecroisés en tous sens formant en certains points des tourbillons.

Dans un autre cas de M. Demons (Obs. II), la tumeur paraissait constituée par des fibres conjonctives extraordinairement allongées, fusiformes, denses, n'ayant pas la régularité des fibres musculaires lisses.

Dans une troisième observation de M. Demons, l'examen fait par M. Sabrazès montra qu'il s'agissait d'un fibrome pur à vaisseaux conjonctifs denses, onduleux, avec très peu de cellules interposées.

Dans l'observation de Boussi (Obs. IV résumée), la tumeur était constituée par une paroi et un contenu; la paroi épaisse de 3 centimètres, offrait en un point une épaisseur de 5 à 6 centimètres. En ce point, la tumeur était pétrifiée. De là, partaient plusieurs lamelles fibreuses qui faisaient saillie dans l'intérieur de la cavité. Le reste de la paroi était constitué par l'emboîtement concentrique de plusieurs lamelles facilement associables. Le contenu était une bouillie couleur café au lait.

CHAPITRE V

OBSERVATION I (Résumée)

MM. Boursier et Venot (*Revue Mensuelle de Gynécologie Obst. et Ped.* Bordeaux 1902.

Amanda R..., âgée de trente-sept ans, est une femme grande, forte, brune, exerçant la profession de cultivatrice.

Dans les antécédents héréditaires, rien à signaler de bien important si ce n'est qu'elle a perdu une sœur tuberculeuse.

Réglée à quatorze ans, elle a toujours eu des règles abondantes et régulières.

A vingt ans, grossesse normale qui se termine par un accouchement spontané et à terme, suivi d'une douleur abdominale qui oblige la malade à garder le lit pendant deux mois.

Cette douleur abdominale devait être due à une infection génitale, car, à partir de ce moment, elle présenta des signes manifestes d'annexite, douleurs abdominales, localisées dans la fosse iliaque gauche s'irradiant dans les lombes et la cuisse gauche.

Depuis huit ans, ces douleurs sont plus accusées et plus continuelles, et les règles, tout en conservant leur régularité, sont devenues plus abondantes avec des caillots nombreux.

Elle n'a jamais présenté d'hémorragies intercalaires, ni d'hydrorrhée, fort peu de leucorrhée.

Il y a deux ans, à cause de ses douleurs abdominales et surtout de ses ménorragies, elle se présente à la consultation.

Les symptômes précédents et l'exagération du volume de l'utérus font porter le diagnostic de fibrome utérin.

La continuation des douleurs et des pertes font conseiller une intervention ; la malade rentre à l'hôpital le 20 mai 1903.

A son entrée, on remarque les phénomènes suivants : ventre souple, garni de vergetures nombreuses. A la palpation, douleur marquée au niveau de la fosse iliaque gauche.

En bas, et à gauche de la ligne médiane, existe une tumeur arrondie, lisse, dure, indolente, mobile dans le sens transversal, peu dans le sens vertical, ayant le volume d'une grosse orange, et dont la partie inférieure plonge dans la cavité pelvienne.

Au toucher, on trouve un col utérin mobile volumineux, très ouvert.

Le col utérin volumineux est repoussé à droite de la ligne médiane par la tumeur, dure et arrondie, déjà signalée, et qui paraît faire corps avec l'utérus. On ne trouve, en effet, aucun sillon de séparation entre la masse dure et l'utérus.

En présence des symptômes fonctionnels et physiques et surtout à cause des troubles hémorragiques, le diagnostic de fibrome utérin est conservé, et même à cause de la situation latérale, de sa fixité dans le sens vertical, nous croyons devoir admettre l'existence d'un fibrome intraligamentaire probablement compliqué d'annexite.

Opération.-*Laparatomie médiane.*- Il s'écoule une certaine quantité de liquide ascitique sanguinolent et nous aperçûmes de suite le fond de l'utérus un peu gros, débordant à droite de la ligne médiane le rebord du bassin. A gauche, faisait saillie, sous forme d'une masse arrondie, le fibrome principal que nous trouvâmes, comme nous le pensions, inclus dans le ligament large. Nous incisâmes tout le long du bord supérieur de la tumeur le feuillet antérieur du ligament large et nous rencon-

trâmes un plan de clivage qui nous permit de la décortiquer très rapidement avec les doigts.

Au cours de cette décortication, nous nous aperçûmes que le fibrome était absolument dépourvu de pédicule utérin et complètement libre entre les deux feuillets du ligament large.

Comme il était tout à fait en contact avec le bord gauche de l'utérus, sa décortication ne put se faire en ce point sans rupture de quelques-uns des vaisseaux ordinairement très abondants du tube vasculaire de la matrice.

De là, quelque peu d'hémorragie, et la nécessité de faire un assez grand nombre de ligatures.

Nous avons ensuite reséqué la plus grande partie des lambeaux flottants du ligament large gauche et fermé la cavité restante avec une suture en surjet, adossant largement les deux feuillets.

Comme il existait sur l'utérus un certain nombre de petits noyaux fibromateux, nous avons pratiqué l'énucléation de ceux qui existaient sur la face antérieure au nombre de deux ou trois, tout en laissant en arrière, au niveau de l'isthme, un petit fibrome difficile à atteindre.

La malade, aujourd'hui guérie, va quitter l'hôpital dans quelques jours.

Réflexions. — Cette observation est un exemple de la localisation des fibromes primitifs, qui naissent le plus souvent à la partie latérale et interne du ligament large, et au niveau de son tube vasculaire.

Hoffmeier pense que les branches de l'utérine peuvent assurer la nutrition et le développement de ces fibromes.

Monsieur le professeur Boursier qui a revu la malade en 1906 a bien voulu nous procurer la fin de cette observation, très intéressante et inédite.

Amanda R..., depuis sa dernière opération, a continué à souffrir du bas-ventre, les douleurs reviennent par crises, séparées, surtout au

moment des règles — parfois aussi, quelques douleurs à la miction — à signaler un peu de pollakiurie intermittente.

Depuis le mois de juillet 1903, les règles sont venues avec une abondance considérable, très douloureuses. Elle a perdu, parfois, 12 à 15 jours par mois ; et, à la suite de ces pertes répétées, elle a contracté une anémie hémorragique considérable, elle a maigri, et présente un teint jaune, franchement hémorragique.

Au moment où elle rentre à l'hôpital, elle est anémiée, pâle, les muqueuses décolorées.

A l'examen, on trouve par le palper au-dessus du pubis et sur la ligne médiane une masse irrégulière, débordant le pubis de 2 ou 3 travers de doigt ; cette masse est fort peu mobile. Au toucher, un col utérin volumineux, dur, bosselé, remplissant presque toute l'excavation pelvienne.

Il est impossible de saisir des annexes ni à droite ni à gauche.

Il s'agit manifestement d'un fibrome utérin interstitiel qui paraît être dû au développement du fibrome de la première opération. On décide d'enlever cet utérus fibromateux.

Opération du 28 février 1906. Laparatomie médiane sousombilicale en position de Trendelenburg. La masse formée par le fibrome et l'utérus présente des adhérences résistantes et multiples, du côté gauche, à l'endroit où existait le fibrome enlevé en 1903.

La destruction de ces adhérences est longue et laborieuse, les annexes droites sont sectionnées.

Nous pratiquons l'hystérectomie sub-totale les annexes gauches sont enlevées séparément. L'hémostase est longue et difficile ; la péritonisation imparfaite. Drainage avec une mèche de gaze.

Après l'opération, on injecte 250 gr. de sérum de Hayem à la malade qui est très fatiguée. Le 3 mars on enlève la mèche abdominale. La malade souffre. Temp. 36,8. Ventre ballonné et, par l'orifice du drainage, du pus profond s'écoule. On injecte tous les jours 200 à 300 gr. de sérum artificiel. Malgré ces soins, le 8 mars au matin on note. Temp. 39,6. Poul 120. Vomissements porracés. La malade a manifestement de la péritonite.

Grâce à l'application permanente de glace et aux injections de sérum, la malade se remet peu à peu. Les vomissements disparaissent;

le ventre reste volumineux, la suppuration persiste longtemps.

Le 12 mars, les points de suture sont enlevés ; on note de la suppuration au niveau de chaque point.

Peu à peu, du 15 au 25 mars, l'état s'améliore; la malade revient à la santé. Elle se lève le 29 avril, quitte l'hôpital le 20 mai complètement guérie.

Le 20 octobre 1906, la malade est revenue voir M. le Dr Boursier, chez lui ; elle va à peu près complètement bien. Elle a engraissé et a bonne mine. Souffre un peu au niveau du rein droit légèrement ptosique. L'exploration profonde du bassin ne réveille aucune douleur.

Cette observation est surtout intéressante par la présence des fibromes utérins. La masse enlevée, dont nous n'avons pu ici reproduire le schema, était en effet, formée de l'utérus auquel étaient accolés de nombreux fibromes de toutes les variétés, sous-muqueux, insterstitiels et sous-séreux.

Ces tumeurs, et en particulier deux gros fibromes sous-muqueux trouvés dans la cavité utérine étaient très probablement la cause des hémorragies graves qui ont été signalées.

OBSERVATION II (Résumée).

Demons *(Revue Gynécol. obstet et ped. de Bordeaux*, 1903)

B. M..., âgée de quarante-huit ans, entre à l'hôpital Tastet Girard, le 13 juin 1902. Nous ne relevons qu'une fièvre typhoïde dans son passé pathologique.

Depuis deux ans ses règles ont disparu. Il y a environ un an et demi que notre malade a vu son ventre augmenter de volume, et le reste de son corps maigrir, ses forces diminuent d'une manière sensible. A son entrée à l'hôpital nous trouvons une femme amaigrie, dont le ventre très volumineux fait fortement saillie. Le palper permet de constater une sensation de flot manifeste. En déprimant fortement

la paroi, on sent une tumeur grosse comme une tête d'adulte, de consistance très ferme, lisse dans presque toute son étendue, avec quelques bosselures à la surface. Cette tumeur développée dans la fosse iliaque droite possède une mobilité remarquable.

Au toucher, on trouve un col petit, dirigé en avant et à droite, et auquel ne se transmettent nullement les mouvements imprimés à la tumeur.

A signaler une constipation opiniâtre.

Pas d'albumine dans l'urine.

Rien au cœur.

L'examen des poumons nous montre à droite, depuis la base du thorax jusqu'à la pointe de l'omoplate une zone de matité absolue, avec disparition du murmure vésiculaire, bronchophonie et pectoriloquie.

Opération. — 18 juin 1902. Laparatomie sous-ombilicale.

Ascite cinq litres.

On trouve une volumineuse tumeur, très dure, de consistance élastique, bosselée par endroits, non adhérente à l'utérus, développée dans le ligament large droit. L'ovaire correspondant est accolé à sa face postérieure. La tumeur a soulevé le ligament large en le redoublant, et s'est constitué un pédicule dans lequel sont compris l'artère utéro-ovarienne et la portion externe de la trompe. Un second pédicule plus petit contient le ligament utéro-ovarien.

En plus de ces pédicules, deux longues veines sinueuses parties du grand épiploon et gagnant la surface de la tumeur, pour cheminer l'une en avant, l'autre en arrière d'elle.

Sur l'utérus, tout à fait indépendant de la tumeur, on voit un petit fibrome pédicule situé sur son bord supérieur, un autre sessile, interstitiel sur sa face postérieure.

Section et ligature de chacun de ces pédicules : isolement de la tumeur.

La tumeur examinée, pèse 1.750 grammes ; elle est piriforme, lisse, avec quelques bosselures.

Au microscope, elle paraît constituée par des cellules conjonctives extraordinairement allongées, fusiformes, denses, orientées tantôt dans un sens, tantôt dans l'autre, n'ayant pas la régularité des fibres muscu-

laires lisses. Entre ces cellules, fibres conjonctives rares et grêles; il n'y a pas de vaisseaux sans paroi propre. Il s'agit, en somme, d'un fibrome en pleine évolution, jeune, sans qu'on puisse affirmer qu'il y ait interposition de fibres musculaires lisses.

Suites opératoires. — La malade quitte l'hôpital, le 15 juillet, dans un état très satisfaisant; plus d'ascite, ni d'épanchement pleurétique, ni d'œdème.

OBSERVATION III

Demons. *Revue de Gynec.* Obst. et Ped. de Bordeaux, 1903.

F. M..., modiste, entre à l'hôpital Tastet Girard, le 11 mars 1903. Elle a eu des fièvres intermittentes à l'âge de sept ans, une fièvre muqueuse à quatorze ans, une pleurésie à quinze ans.

Au mois d'août, elle éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre et constate l'existence d'une tumeur.

A la palpation, on trouve derrière la paroi abdominale, occupant l'hypogastre et la fosse iliaque, une tumeur grosse comme le poing, dure, paraissant immobile. On retrouve cette tumeur par le toucher vaginal, bombant assez fortement dans le cul-de-sac postérieur, elle est très dure, lobulée, bosselée. Elle a une certaine mobilité.

Le toucher vaginal permet de constater l'indépendance de l'utérus.

La cavité utérine a 6 cm. 1/2 de longueur. Pas de troubles de la miction, pas d'œdème.

Je repousse la pensée qu'il s'agit de fibrome de l'utérus, à cause de l'absence de toute ménorragie, de l'indépendance de l'utérus et du défaut d'allongement de la cavité utérine. La tumeur paraît trop dure et bosselée pour un fibrome utérin chez une femme âgée de trente ans.

Je pose résolument le diagnostic de fibrome du ligament large droit incomplètement dégagé de son enveloppe.

Opération. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. Je trouve développée, en arrière, et à droite de l'utérus, une tumeur d'aspect rosé, incluse dans le ligament large. J'incise l'enveloppe amincie et, ayant

désenclavé la tumeur avec le tire-bouchon, j'en pratique l'énucléation.

Quelques vaisseaux ouverts sont liés. L'ovaire étant le siège de kystes hématiques assez volumineux, je crois utile de l'enlever ainsi que la trompe.

L'utérus, l'ovaire et la trompe du côté gauche étant en bon état, on n'y touche pas. La tumeur enlevée pèse 800 gr. Elle est dure, et le couteau pénètre difficilement dans son épaisseur.

L'examen histologique fait par M. Sabrazès, est formulé comme suit : « Il s'agit d'un fibrome pur à vaisseaux conjonctifs denses onduleux, avec très peu de cellules interposées. La tumeur est donc très pauvre en vaisseaux. Pas de phénomènes de répression, pas de calcification ».

OBSERVATION IV (résumée)

Boussi. (*Bulletin Soc. Anat.,* Paris 1878. citée in thèse de Strohcker, Paris, 1902.)

Tumeur fibreuse volumineuse adhérente aux ligaments larges et complètement indépendante de l'utérus.

Bouster Anna, quatre-vingt-cinq ans, entre le 6 janvier à la Pitié. Cette femme est folle. Aucun renseignement sur son compte.

La région sous-ombilicale de l'abdomen est volumineuse, la palpation révèle une tumeur, grosse comme une tête d'adulte et située sur la ligne médiane. Elle remonte à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; elle est solide, résistante, et, en certains points, dure comme une pierre.

La malade meurt à la suite d'un accès de folie.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une tumeur adhérente à la paroi antérieure par des travées celluleuses. En haut et à droite, elle adhère au grand épiploon et à une anse intestinale.

La face postérieure lisse, convexe, se moule sur la concavité sacrée

du petit bassin sans y adhérer et glisse très facilement sur le péritoine de cette région, lequel est complètement normal.

La tumeur n'adhère qu'aux ligaments larges atrophiés, et dont les lames cellulaires sont devenues fibreuses. L'utérus est sain, le col allongé, les ovaires et les trompes sont tellement atrophiés et perdus dans les masses celluleuses qu'on ne retrouve que la trompe gauche transformée en un cordon fibreux incomplètement perméable.

La tumeur, du volume d'une tête d'adulte, est ovale. On peut lui considérer une face antérieure, rugueuse, adhérente à la paroi abdominale, et une face postérieure, lisse, luisante, offrant l'aspect de cartilage.

La tumeur est tellement dure, surtout au niveau de la face antérieure qu'on est obligé de la scier pour l'ouvrir. Elle est constituée par une paroi et un contenu. La paroi, épaisse de 3 centimètres sur la plus grande partie de son étendue, offre en un point une épaisseur de 5 à 6 centimètres.

En ce point, qui correspond à la surface antérieure, la tumeur est pétrifiée. De là, partent plusieurs lamelles fibreuses qui font saillie dans l'intérieur de la cavité. Le contenu est une bouillie couleur café au lait.

OBSERVATION V

Tédenat-Pozzi. *In traité de gynécologie* 1890, p. 175. *In traité de gynécologie,* 1897, p. 887 (citées dans thèse Strohecker, Paris 1902).

Fibromes multiples nés dans le ligament large.

Femme quarante-huit ans, mère de deux enfants. Le ventre a commencé à grossir il y a sept ans.

Menstruation régulière peu abondante ; constipation opiniâtre ; douleurs lombaires. Depuis deux ans, le volume énorme de la tumeur gêne la respiration. A l'examen, grosse tumeur fluctuante ayant avec l'utérus petit et mobile les rapports ordinaires des kystes de l'ovaire.

Dans le cul-de-sac de Douglas, masses mobiles fuyant sous le doigt. Laparotomie. Ablation pénible des tumeurs, de l'utérus et annexes, des fibromyomes adhérant aux parois pelviennes.

Hémorragie considérable. Mort au bout de 20 heures. Le kystomyome développé dans le ligament large droit s'étale à droite et en avant de l'utérus. Il contenait 8 litres de liquide. Sa paroi épaisse de 2 à 5 centimètres. a une face externe rosée, une face interne rouge, réticulée, lobulée.

De sa partie postéro-externe se détache par un pédicule long de 3 centimètres, épais de 3 centimètres, une tumeur rose pâle, flasque, du volume des deux poings. En arrière de ces deux grosses masses, une dizaine de tumeurs dont le volume varie (œufs de poule, poing, grosse poire, rein) incluses dans les ligaments larges, reliées les unes aux autres par un tissu lâche qui leur laisse une grande mobilité.

Elles n'ont aucun rapport de continuité avec l'utérus qui est petit et normal.

Les tumeurs sont des fibromyomes typiques certainement nés dans le ligament large et de texture plus lâche que celle des myomes utérins ordinaires.

OBSERVATION VI (Résumée)

Gross, 1892 (In M. J. W. Binaud, 1893)

Contribution à l'histoire des tumeurs solides et en particulier des fibromyomes des ligaments larges

Une jeune femme de trente et un ans, non mariée, entrée à notre service en décembre dernier. Sans antécédents héréditaires ni personnels. Réglée à dix-sept ans et toujours régulièrement depuis, fait remonter le début de sa maladie à trois ans; à cette époque, elle ressentit des douleurs abdominales avec irradiations vers la région lombaire puis s'aperçut de la présence d'une grosseur dans le ventre. A la palpation, on découvre une tumeur de forme régulière ovoïde, mo-

bile, pouvant être déplacée vers la droite et vers la gauche. On trouve au toucher un col petit, conique.

Laparotomie. — Après ouverture du péritoine, je découvre la face antérieure de la tumeur, qui est lisse, sans adhérence, parcourue par de gros canaux veineux. Introduisant la main dans la cavité péritonéale, je reconnais que la tumeur est libre dans la majeure partie de sa surface. La tumeur dégagée est sortie de l'abdomen, sa forme est celle d'un ovoïde allongé, il y a un pédicule qui s'étale autour d'elle en forme de capsule. En cherchant à préciser les rapports du pédicule je reconnais que celui-ci tient à la partie postérieure et supérieure de la partie externe du ligament large droit ; je trouve l'ovaire et la trompe l'un et l'autre intacts, et en avant du moignon ; la matrice est petite, sans rapport avec lui, et située à sa place normale. La tumeur avait donc pris naissance sur le ligament large.

Les suites de l'opération ont été simples ; néanmoins, vers le dixième jour, il survient un léger endolorissement et de la tuméfaction dans la région du pédicule. Un phlegmon se déclare, suppure, se fait jour au niveau de la partie inférieure de la ligne des sutures et retarde momentanément la guérison définitive.

L'analyse histologique a démontré que la néoplasie était un fibromyome avec prédominance du tissu musculaire sur le tissu fibreux. La partie la plus molle du néoplasme est également musculaire, mais avec dissociation des faisceaux par une substance gélatiniforme, dans laquelle sont disséminées des cellules rondes granulo-graisseuses peu abondantes.

OBSERVATION VII

Griffon V., 1899 (*Bull. et Mém. Soc. Anat.* Paris, 1899. Publiée in thèse de Stroheker. Paris, 1902).

Fibrome aborigène du ligament large

A l'autopsie d'une femme de trente-deux ans, morte dans le service de M. Chauffard, à l'hôpital Cochin, il m'a été donné de rencontrer une tumeur rare du petit bassin, demeurée absolument latente, un

corps fibreux du ligament large. La tumeur indépendante de l'utérus, des trompes et des ovaires, occupe la région externe du ligament large, du côté droit, au point où ce repli vient se perdre sur la paroi pelvienne du volume d'un gros œuf de canard ; elle est lourde et très facile à mobiliser dans le petit bassin. L'utérus, d'un volume petit, est fortement rétrofléchi, le corps fait avec le col un angle sensiblement droit, ouvert en arrière, le fond est tombé dans le cul-de-sac de Douglas et le fibrome est appuyé sur la face antérieure de ce fond utérin qu'il maintient dans sa situation défectueuse.

Vaguement bosselée, la tumeur est tapissée par le péritoine dans la plus grande partie de sa surface, la séreuse peut glisser sur elle, grâce à la présence d'une couche de tissu cellulaire lâche qui l'entoure de toutes parts. Elle est reliée à l'ovaire par un meso allongé dont la direction continue l'axe du ligament large lui-même, prolongé depuis l'ovaire jusqu'au bord interne du psoas ; en ce point un nouveau meso part du point opposé de la tumeur qui se trouve ainsi comprise entre deux pédicules, l'externe étant, d'ailleurs, purement virtuel.

Ce pédicule externe comprend, dans son épaisseur, le faisceau vasculaire utéro-ovarien droit, lequel tapisse la face postérieure du fibrome avant de venir se perdre dans la trompe et l'ovaire correspondants. La tumeur est dure, ferme, lourde ; à la coupe, on a l'aspect classique du fibromyome, surface criant sous le scalpel, d'un gris rose, présentant des couches concentriques dans les portions périphériques, des tourbillons de fibres dans la portion centrale.

L'uretère droit est, par comparaison avec celui du côté gauche, un peu distendu. L'utérus présente un petit œuf de Naboth sur une des lèvres du museau de tanche. La muqueuse du corps et du col est peut-être un peu congestionnée, mais la paroi n'offre aucune trace de métrite parenchymateuse.

Du côté de la tumeur, l'ovaire paraît normal, la trompe est simplement congestionnée. En avant de la trompe, on trouve deux petits kystes pédiculés à parois minces, l'un est gros comme un grain de mil, l'autre comme un pois.

Le poids total de la pièce est 193 grammes. La malade qui portait ce fibromyome latent avait été réglée à l'âge de 15 ans, et la menstruation était parfaite depuis cette époque. Elle eut trois enfants bien por-

tants, le dernier 14 mois avant sa mort. Elle ne fit jamais de fausse couche.

OBSERVATION VIII (Résumée)

Binaud (J.-W.). Oper. Demons. 1893. — Bullet et Mem. Soc. Gynecol. Obst. et Ped. Bordeaux, 1893.

Des fibromyomes pédiculés primitivement développés dans l'épaisseur des ligaments larges.

N. P..., vingt-trois ans, sans profession, rentre dans le service de M. le Prof. Demons, le 21 mai 1892, pour se faire opérer d'une tumeur de l'abdomen. La malade nous apprend que son médecin ayant été appelé auprès d'elle, au mois de juillet 1891, pour une crise nerveuse, aurait constaté la présence d'une petite grosseur du volume d'une noix dans la région hypogastrique du côté droit. Cette petite tumeur n'était point le siège de douleurs spontanées, mais elle était toujours très sensible à la pression et même à un faible contact. Du mois de juillet au mois de mai 1902, la tumeur s'est accrue d'une façon lente et progressive.

La menstruation a toujours été régulière, la malade n'a jamais eu de ménorragie ni de métrorragie. Quelques pertes leucorrhéiques intermenstruelles.

A l'examen, on constate que la paroi abdominale est légèrement soulevée à droite de la ligne blanche à l'union de la partie inférieure de la région hypogastrique du flanc droit.

La main appliquée en cet endroit constate la présence d'une tumeur lisse, arrondie, de consistance ferme et mobile dans une certaine mesure.

Au toucher, le col est petit, conique ; l'utérus paraît mobile et nullement dévié.

Les culs-de-sac antérieur et postérieur sont libres, non douloureux ; les culs-de-sac latéraux sont assez sensibles.

Par la palpation bimanuelle, on réveille une douleur assez vive dans le cul-de-sac gauche, la source de cette douleur est dans l'ovaire du même côté qui est augmenté de volume.

Après des examens répétés, on arrive à percevoir nettement sur le côté droit de l'utérus, et totalement séparé de lui, une tumeur arrondie du volume du poing offrant la consistance d'un fibromyome parfaitement mobile et s'élevant vers l'abdomen.

Diagnostic posé : tumeur solide de l'ovaire. Opération, le 2 janvier 1892, par M. Demons. — Laparatomie. Incision 7 cm. sur la ligne blanche. Les anses intestinales, une fois le ventre ouvert, viennent faire hernie à travers l'ouverture abdominale, et l'on est obligé de mettre la malade dans la position de Trendelenburg. — La première incision de l'abdomen est agrandie.

La tumeur est aussitôt saisie et fixée entre les mors d'une pince à hystéropexie, et attirée à travers les lèvres de la plaie.

On s'assure qu'elle est absolument dépourvue d'adhérences, et parfaitement mobile en tous sens. Elle est attirée hors de l'abdomen, l'on se rend compte qu'elle est rattachée au bord supérieur du ligament large par un mince pédicule. L'on ne voit entre la tumeur et la matrice aucune trace de continuité

L'ovaire et la trompe droite paraissent normaux. Le pédicule est lié et sectionné et abandonné dans l'abdomen. En terminant, on reconnaît facilement la coupe du ligament large. L'utérus exploré est plutôt petit : il présente un petit fibrome de la grosseur d'une petite noix sur sa face postérieure.

La coupe est saine, l'ovaire est manifestement kystique ; on jette une double ligature sur son pédicule et on l'enlève.

Double suture en surjet au catgut, reliant les lèvres du péritoine et du plan musculo-aponévrotique.

Suture de la plaie aux crins de Florence, pas de drainage.

Suites opératoires normales.

Examen microscopique de la tumeur.

La pièce a la forme d'un ovoïde assez régulier à grand diamètre transversal, long de 9 cm. à grosse extrémité externe. Le petit diamètre perpendiculaire au premier et dans sa partie moyenne mesure 6 cm, à son extrémité postérieure.

On remarque la surface de section du pédicule d'aspect jaune, irrégulièrement ronde, un peu plus grande qu'une pièce de deux francs.

La consistance est uniformément dure, on ne trouve nulle part, soit sur les parties jaunes, soit dans les régions plus blanches, des points ramollis.

Poids 240 grammes.

Examen histologique. Une partie de la tumeur prise dans le centre de la pièce est coupée au microtome de Ranvier ; les coupes colorées montrent des faisceaux de fibres musculaires lisses, reconnaissables à leur noyau allongé ; les faisceaux sont eux-mêmes entre-croisés en tous sens, sans ordre apparent, formant en certains points des tourbillons.

Le tissu conjonctif interfasciculaire est peu abondant, les faisceaux musculaires étant très serrés.

Ces vaisseaux sont rares, ils sont situés dans les espaces conjonctifs et restent béants.

En général, les fibres cellules se groupent de façon à former une tunique musculaire assez épaisse.

Diagnostic anatomique. Myome à fibres lisses.

OBSERVATION IX

(In Thèse de Lancy, 1891)

Femme, trente-trois ans, vigoureuse, qui, à la suite d'un accouchement survenu quatre ou cinq ans auparavant, avait remarqué dans le flanc droit la présence d'une tumeur arrondie, grosse comme une pomme environ, ni sensible ni douloureuse à la pression. Pendant six mois, augmentation de volume à peine appréciable. Au retour de ses règles et à la suite de fatigues, survinrent pendant huit jours tous les signes d'une péritonite ; en même temps, la tumeur prit un accroissement rapide et gêna bientôt la malade par son poids. Plus tard, se produisit une descente de matrice avec prolapsus de la paroi postérieure du vagin.

A l'examen de cette femme, on constate une forte éventration abdominale dont la cause réside dans la présence d'une tumeur solide s'étendant presque symétriquement de part et d'autre de la ligne médiane, d'un volume et d'une compressibilité remarquables.

La surface de la tumeur, facilement palpable en raison de l'écartement des muscles droits, est lobulée. A la palpation bimanuelle, on sent les deux ovaires, le droit semble plus volumineux et sensible à la pression.

L'utérus normal, d'ailleurs, se laisse bien délimiter d'avec la tumeur.

De ses annexes droites se détachait, pour se diriger en haut et vers la tumeur, un long pédicule. A la percussion matité uniformément répartie qui persiste même dans les changements de position de la malade. Pas de fluctuation, le diagnostic probable de tumeur solide du ligament large est posé, et confirmé du reste par l'opération ; suites normales : Guérison.

OBSERVATION X

Thiéry (Bulletin Société Chirurgie Paris, juillet 1906).

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, deux pièces qui sont relatives à la production de fibromyomes aux dépens du tissu musculaire lisse des ligaments larges, indépendamment de toute participation de l'utérus.

La première pièce est constituée par deux énormes fibromes des ligaments larges, extirpés à l'hospice d'Ivry chez une femme de quarante-neuf ans ; l'ensemble de ces deux pièces pèse environ 5 kilogr

Le début semble remonter à trois ou quatre ans et s'annonça par des troubles divers, pesanteur du bas-ventre, dyspnée, vomissements: puis, il y a deux ans, survinrent des ménorragies abondantes, des troubles urinaires avec éreintes et pollakiurie.

J'opérai cette femme après avoir diagnostiqué fibromes multiples de l'utérus avec adhérences, et au cours de l'opération, je trouvai : un utérus doublé de volume mais sans formations fibreuses ; deux liga-

ments larges dont la dégénérence fibreuse s'était faite, pour ainsi dire, en bloc; il a été facile de s'assurer, par une coupe pariétale de l'utérus, qu'il ne participait aucunement à la formation de ces fibromes.

L'extirpation de ces tumeurs fut extrêmement laborieuse : je dus disséquer tout le petit bassin et disséquer les deux uretères sur une longueur de plus de quinze centimètres; car ils étaient, le gauche surtout, englobés dans la gangue fibreuse constituée par des ligaments larges. L'utérus fut également enlevé; tout se passa d'abord bien malgré que j'eusse les plus vives appréhensions sur le sort des uretères disséqués sur une aussi grande longueur, puis sept à huit jours au moins après l'opération survint un écoulement d'urine par la plaie abdominale au niveau du large drainage que j'avais dû installer. Quinze jours plus tard, l'écoulement d'urine diminuait et actuellement il est presque nul; il n'y a pas de signes d'hydronéphrose et si celle-ci ne se constitue pas, je pense que cette guérison spontanée pourrait être expliquée par la chute d'une escarre latérale au niveau de l'uretère gauche.

La seconde pièce est également un fibrome du ligament large gauche du volume d'un petit poing, extirpée il y a un mois sur une malade maintenant guérie.

L'opération démontra la présence :

1° d'un fibrome du ligament large indépendant de l'utérus;

2° d'une collection suppurée entourée d'épiploon vers l'S iliaque, je n'en pus trouver la cause.

Le fibrome fut énucléé en dehors de toute intervention sur l'utérus et la collection drainée. L'état général qui était très mauvais s'est rapidement amélioré ;la coupe du fibrome ressemble absolument à celle d'un fibromyome utérin, mais la tumeur était située très en dehors de l'utérus et sans connexion aucune avec cet organe.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le professeur Montprofit d'Angers).

Marie Y..., vingt-cinq ans.

Depuis un an, augmentation de volume de l'abdomen. Règles normales, ni augmentées, ni diminuées.

Par ailleurs très bonne santé antérieure.

A l'examen, tumeur abdominale du volume d'une grossesse de six mois environ, régulièrement arro ndie, molle, ressemblant à un kyste multiloculaire de l'ovaire ; la malade est vierge, le toucher vaginal ne peut donc être pratiqué.

Intervention le 28 décembre 1905.

Laparotomie. On constate la présence d'une tumeur solide grosse comme une tête d'adulte développée dans l'épaisseur du ligament large gauche. L'utérus est rejeté à droite et est normal. L'ovaire et la trompe sont refoulés en arrière de la tumeur et sont d'apparence normale.

Section des feuillets du ligament large sur la face antérieure et postérieure de la tumeur, et section du ligament rond, très augmenté de volume.

L'énucléation se fait très facilement avec la main.

L'ovaire et la trompe qui sont sains sont laissés en place.

L'utérus esi complètement indépendant de la tumeur, on n'a à sectionner ou à détacher aucune espèce de pédicule reliant la tumeur à l'utérus.

L'indépendance de la tumeur et de l'utérus est absolument parfaite.

La masse, qui pèse 2 kilos 500, est arrondie, lisse et développée entièrement entre les lames du ligament large. Nous ne pouvons faire d'après l'aspect extérieur, la section et l'aspect de la coupe, d'autre diagnostic que celui de fibrome du ligament large indépendant de l'utérus.

Ce fibrome a t-il été autrefois pédiculé sur l'utérus, c'est possible,

mais nous n'avons vu aucune trace, aucun tractus : aucun vestige de pédicule rattachant la masse à l'utérus n'a été sectionné, l'énucléation s'est faite avec la main avec une extrême facilité, sans hémorragie aucune, sans ligature importante.

Nous avons pu très facilement conserver dans ce cas l'appareil tubo-ovarien et tout l'appareil génital dans sa complète intégrité.

Annexes gauches petites et normales.

Trompe droite longue de dix centimètres ; ovaire étiré, long de six centimètres.

Le ligament large droit est aminci, étalé sur la face antérieure du fibrome.

Le fibrome constitue une masse ovoïde à petite extrémité inférieure. Le grand axe est de 25 centimètres. Le petit axe de 15 centimètres. On voit de la façon la plus évidente qu'il est dans l'épaisseur du ligament large droit. Entre le bord droit de l'utérus et le fibrome, il existe seulement une membrane celluleuse très mince transparente, dans laquelle on ne découvre aucun tractus fibreux faisant communiquer le fibrome avec le bord droit de l'utérus.

Examen microscopique fait par M. le docteur Lorrain. On remarque que la tumeur présente tous les caractères du fibrome fasciculé.

Nous avons terminé par une suture en surjet des feuillets antérieur et postérieur du ligament large, et, en laissant dans l'épaisseur de ce ligament, un drain qui fut enlevé au bout de quelques jours. Malgré cette précaution, nous eûmes à inciser, au bout de quelques jours, un hématome du ligament large qui guérit sans incident.

La pièce fût présentée à la Société des Sciences Médicales d'Angers dans la séance de janvier 1906, comme un fibrome développé dans l'épaisseur du ligament large gauche, et indépendant de l'utérus.

Guérison complète.

OBSERVATION XII

Chardon. — *Bulletins. Soc. Anatom.* Paris, mars 1906.

C. M..., âgée de quarante-sept ans.

Antécédents héréditaires et collatéraux ne révèlent rien de particulier. Dans les antécédents personnels, on relève une variole bénigne à

l'âge de treize ans. La malade fut réglée à seize ans, et à peu près de façon régulière.

Ni métrorragie, ni ménorragie, pas de pertes blanches, pas d'enfants.

A l'âge de vingt-six ans, la malade voit son ventre augmenter peu à peu de volume pour atteindre des dimensions telles qu'elle est obligée de garder le lit. Un médecin, appelé. diagnostique alors la présence d'une tumeur ayant occasionné une ascite très abondante. Aucune ponction ne fut faite; la malade fut mise au lait, à l'iodure de sodium. Et, peu à peu, l'ascite diminua et disparut en l'espace de deux années. De vingt-huit à trente et un ans, la malade reprend son train de vie accoutumé.

A trente ans, nouvelle formation d'ascite, mais en moins grande abondance. La malade ne garde pas le lit; l'ascite disparaît en trois mois.

A trente et un ans, pendant deux mois, nouvelle et légère formation d'ascite. Aucun traitement particulier. La malade recouvre entièrement sa bonne santé antérieure et reprend son travail.

A quarante ans, ascite à nouveau, pendant trois mois, légère.

Entre, en janvier dernier, à l'hôpital; depuis un mois, son ventre augmente de volume progressivement. Elle se présente avec un ventre de batracien typique, les membres inférieurs sont œdématiés.

A l'examen, toucher et palper combinés. On sent dans le cul-de-sac postérieur une masse volumineuse, extrêmement dure et immobilisée dans le bassin. Sa dureté est telle que l'on pense à une tumeur osseuse du bassin ou à un fibrome calcifié.

Une ponction est faite et donne issue à 12 litres d'un liquide transparent citrin, séro-fibrineux.

Opération. — Faite par M. le docteur Le Bec. Incision sur la ligne médiane. On se rend compte que l'utérus est indépendant de la tumeur qui occupe le ligament large droit.

Les ligatures sur l'artère utéro-ovarienne, le ligament rond, l'artère utérine droite sont difficiles à mettre par suite de la présence de cette masse volumineuse.

Ablation de l'utérus, des annexes, et du fibrome. Drainage vaginal. Suture du péritoine, des muscles, de la peau.

Description macroscopique. — La pièce se compose des parties suivantes : L'utérus long de 8 cent. large de 4. Annexes gauches petites et normales. Trompe droite. Le ligament large aminci. Le fibrome constitue une masse ovoïde à petite extrémité inférieure on voit de la façon la plus évidente qu'il est dans l'épaisseur du ligament large droite.

OBSERVATION XIII (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Lapeyre de Tours)

M. G..., trente-sept ans, mariée, sans enfants, ne présente d'autres phénomènes que des règles très abondantes durant huit à dix jours.

Mais depuis quatre ans, son ventre grossit toujours et elle commence à éprouver de la dysurie.

A l'examen, énorme tumeur solide remplissant à droite et en avant le pelvis remontant jusqu'à l'ombilic.

Le 5 mai 1903, laparotomie médiane. Il s'agit d'un fibrome du ligament large énucléé, sans grandes difficultés, sauf au niveau du bord de l'utérus complètement refoulé à gauche.

Un fibrome du volume d'une pomme d'api est développé sur sa face antérieure. Il est facilement enlevé.

Du suintement persiste au niveau du bord droit de l'utérus.

L'opération est terminée par une large hystéropexie enveloppant en quelque sorte l'utérus dans le péritoine pariétal.

Drainage du cul-de-sac postérieur.

Suites très bonnes. Guérison en vingt-cinq jours.

OBSERVATION XIV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Lapeyre, de Tours).

Mme X..., vingt-quatre ans, mariée, sans enfants, entre à l'hôpital en avril 1904.

L'examen permet des renseignements très nets : Fibrome intrapelvien du ligament large gauche.

Laparotomie médiane le 7 avril.

La tumeur, nettement située dans le ligament large, sans pédicule est énucléée assez facilement. L'ovaire et la trompe du même côté sont ménagés.

Mais l'utérus est sur le point d'être sacrifié avant d'avoir été reconnu. Il sort très altéré de l'opération.

Résection du bord gauche du ligament large. Hystéropexie complémentaire destinée en même temps à fixer l'organe et à le péritonéiser.

Pas de drainage. Guérison sans complication.

OBSERVATION XV (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le docteur Bonamy, de Paris).

Mme D..., quarante-sept ans.

Entre à l'hôpital Gouin, parce que, dit-elle, son médecin a constaté qu'elle avait une tumeur dans le ventre.

Premières règles à quatorze ans, normales, durant cinq à six jours, pas de flueurs blanches.

Mariée à dix-neuf ans; à vingt-ans, premier enfant. A la suite, trois autres enfants à dix-huit mois de distance les uns des autres.

La malade n'a jamais eu de métrorragies.

Les règles reviennent tous les vingt-huit jours et durent cinq à six jours.

Elle s'aperçoit que son ventre est volumineux depuis cinq à six ans environ.

Il n'y a que six mois que les douleurs sont apparues.

Elles siègent dans tout l'abdomen, mais s'irradient aux lombes, vers le canal inguinal et les cuisses.

Cette malade ne se plaint pas de son ventre, elle est bien constituée et tous les appareils, pulmonaire, digestif, vasculaire et nerveux sont en parfait état.

Les urines sont normales.

A l'inspection, le ventre est globuleux, pointe légèrement en avant.

La main qui palpe perçoit nettement une masse médiane, trilobée remontant à demi-chemin du pubis à l'ombilic.

Cette tumeur semble dure, compacte, constituée par trois masses accolées. On sent, en avant d'elles, une petite masse grosse comme un œuf qui roule sur la masse principale.

Le toucher ne donne aucun renseignement bien précis.

Le col est mou, déchiré, et paraît nettement se continuer avec la masse abdominale, sans qu'il soit possible de trouver un sillon, une démarcation entre l'utérus et la masse principale. Le diagnostic porté est donc : fibrome total de l'utérus.

L'opération a lieu le 20 octobre 1905.

Laparotomie sus-pubienne, médiane en position inclinée.

Le péritoine incisé, j'aperçois de suite la tumeur qui est bien un fibrome paraissant mobile ; mais rapidement je me rends compte qu'il est indépendant de l'utérus.

Ce dernier en effet est normal, rejeté à gauche, flanqué de ses trompes et ovaires.

Tout le ligament large droit est distendu de toutes parts par la masse qui paraît avoir la grosseur d'une tête d'adulte.

Cette tumeur bombe autant en avant qu'en arrière, et l'ovaire, et la trompe du côté droit sont à cheval sur son pôle antérieur.

Après avoir garni les intestins de compresses, écarté convenablement la paroi abdominale d'un coup de ciseaux, je fends le feuillet postérieur du ligament large et je cherche à décortiquer la tumeur.

La masse se laisse énucléer avec une facilité étonnante, qui rappelle celle de certains kystes sébacés du cuir chevelu.

Il me suffit d'appuyer sur la face antérieure de la tumeur, pour voir le fibrome faire hernie à travers la brèche du ligament large et s'extraire en moins de quelques secondes.

Il me fut impossible de reconnaître le point d'implantation de cette masse fibreuse qui était totalement indépendante de l'utérus.

C'est à peine si j'eus besoin de lier au fil de lin un ou deux minuscules vaisseaux qui certes, ne pouvaient pas à eux seuls nourrir cette tumeur du volume d'une tête d'adulte.

Je plaçais deux ou trois fils pour rapprocher les deux feuillets du ligament, fermer, capitonner cette vaste cavité déshabitée.

L'utérus normal, flanqué de ses trompes et ovaires sains, est laissé en place.

Je me contente de fermer la paroi abdominale sans aucun drainage abdominal.

Fermeture de la plaie en trois plans.

Suites opératoires sans complications.

La malade quitte le service vingt-cinq jours après l'intervention.

OBSERVATION XVI (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Dr Bonamy, de Paris.

Mme Th., trente-cinq ans.

Entre à l'Hôpital Gouin, le 12 octobre 1906, pour des phénomènes de pesanteur vague dans l'abdomen avec besoins fréquents d'uriner. Comme antécédents héréditaires, rien à noter.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, bien réglée, règles durant deux ou trois jours au maximum, sans caillots, jamais d'hémorragies.

Pas d'enfants.

N'a jamais souffert du ventre ; depuis 6 mois seulement environ, la malade souffre d'envies fréquentes d'uriner, alternant avec des phénomènes de rétention d'urine. C'est ce qui la décide à venir consulter. C'est une femme bien constituée, ne présentant aucune tare organique. N'a jamais été malade.

La palpation de l'abdomen se fait facilement, elle fait sentir, dans la fosse iliaque droite, une masse volumineuse, dure, nullement mobilisable, nullement douloureuse ; cette masse remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis et semble atteindre la ligne médiane.

Le toucher combiné à la palpation fait sentir un cal normal, intact, dur, repoussé en avant par une masse volumineuse qui semble faire corps totalement avec l'utérus.

Cette masse qui paraît du volume d'une tête d'enfant à terme, remplit tout le bassin, où elle est totalement enclavée, se prolongeant à

droite, dépassant un peu la ligne médiane bombant surtout en arrière dans le cul-de-sac postérieur.

Il est impossible de la mobiliser.

Bien qu'il n'y ait aucun trouble du côté des règles, qui durent peu et sont peu abondantes, je porte le diagnostic de fibrome de l'utérus développé principalement au-dessus de la paroi externe de la matrice.

La malade est opérée le 16 octobre 1906. Durée de l'opération : 3[4 heure. Opérateur : docteur Bonamy ; aide : M. Durty, interne.

La malade est mise en position inclinée de Trendelenburg.

Laparotomie médiane sus-pubienne dès l'ouverture du péritoine, on aperçoit une énorme tumeur, qui paraît bien être un fibrome utérin.

Mais une fois la valve sus-pubienne de Doyen placée, l'écartement des muscles abdominaux obtenu, et l'isolement de la masse intestinale fait avec des compresses, je m'aperçois que cette tumeur est totalement incluse dans le ligament large droit; du reste, elle repousse à gauche l'utérus qui est petit normal, paraissant faire corps avec elle quoiqu'en étant indépendant. Les deux trompes et les deux ovaires sont absolument sains.

Pour aborder la tumeur, je fends au bistouri, sur toute sa hauteur, le feuillet postérieur du ligament large et je cherche à énucléer, par cette brèche, la tumeur qui fait hernie à ce niveau.

Mais je m'aperçois immédiatement que cette tumeur fibreuse est adhérente d'une façon si intime à tout le ligament large que ni avec les doigts, ni avec les instruments, je ne puis arriver à trouver un plan de clivage.

Je suis obligé de la saisir avec des pinces et de l'extraire par morcellement, comme on extrait un fibrome volumineux par l'hystérectomie vaginale.

Le travail fut pénible, difficultueux, mais me permit d'extraire aussi par morceaux cette tumeur, nettement constituée par du tissu fibreux type.

Le fibrome enlevé, les feuillets du ligament large qui le contenaient forment maintenant une vaste cavité qui saigne abondamment.

Je suis obligé de placer de multiples ligatures sur divers petits vaisseaux qui suintent un peu partout : puis je capitonne la poche de façon à parfaire mon hémostase et éviter l'obligation de drainer.

L'utérus est laissé en place, ainsi que les trompes et les ovaires.

J'énuclée toutefois un petit fibrome sous-péritonéal de la grosseur d'un petit œuf de poule, situé sur la paroi antérieure de la matrice.

La paroi abdominale est refermée sans drainage aucun par trois plans : péritoine, aponévroses, peau.

Toutes les ligatures, toutes les sutures sont faites au fil de lin.

Suites opératoires : absolument apyrétiques sans complications d'aucune sorte ; la malade quittait le service le 24e jour après son opération.

La tumeur a été examinée ; il s'agissait d'un fibrome type.

CHAPITRE VI

Symptomatologie et diagnostic

Le diagnostic de fibrome primitif de ligament large est dans la plupart des cas assez difficile à établir et rarement posé. Il paraît pourtant assez simple en théorie et le serait en effet si l'on rencontrait toujours une tumeur moyenne nettement située dans une des fosses iliaques, peu mobile, indolente, de consistance solide, à surface irrégulière, sans connexion avec l'utérus dont elle est nettement séparée par un sillon.

Mais, le plus souvent, il n'en est pas ainsi. Aucun signe positif ne permet de différencier un fibrome intraligamentaire.

Ces tumeurs peuvent être abdominales ou pelviennes. Ces premières sont en général pédiculées ne donnant lieu à aucun symptôme fonctionnel, ne se révélant que par des signes physiques donnant lieu à des erreurs de diagnostic et prises le plus souvent pour des kystes de l'ovaire. Les véritables fibromes du ligament large, au contraire, sont des tumeurs pelviennes ou pelvi-abdominales incluses, non pédiculées, donnant surtout lieu à des symptômes fonctionnels.

Mais, qu'elles soient pelviennes ou abdominales, elles donnent presque toutes lieu, quand elles ont acquis un certain volume, à des phénomènes de compression.

Nous allons donc essayer d'exposer quels symptômes peuvent en certains cas, plaider en faveur du diagnostic de fibrome primitif.

A la palpation quand la paroi abdominale n'est pas trop chargée de graisse, on sent tantôt une masse indolente sphérique, siégeant dans une des deux fosses iliaques; tantôt une tumeur peu ou pas mobile, à surfaces irrégulières, de consistance variable, mais le plus souvent très dure, présentant quelquefois des noyaux de différentes grosseurs.

Le toucher vaginal, permet de reconnaître la situation du col qui peut se trouver refoulé derrière la symphyse, ou latéralement en un point opposé au siège de la tumeur. Lorsque la tumeur est pelvienne, on peut reconnaître la consistance d'une masse bombant dans un des culs-de-sac comme dans un cas où M. le Professeur Demons (Obs. III), put grâce à ce symptôme, faire un diagnostic parfaitement exact. La tumeur tombait dans le cul-de-sac postérieur, repoussant l'utérus en avant, et assez fortement le rectum en arrière. En appuyant fortement avec le doigt sur la partie inférieure, on réussissait à la faire remonter un peu. Cela prouvait que si la tumeur était enclavée, elle était néanmoins mobile dans une certaine mesure.

Le toucher rectal renseigne sur la situation du fond utérin, il permet de délimiter la tumeur et d'en apprécier sa mobilité. Le meilleur moyen d'exploration est sans contredit le toucher rectal ou vaginal combiné à la palpation abdominale.

C'est le seul moyen qui permette de faire le diagnostic de fibrome intraligamentaire. On sent, dans ce cas, l'utérus normal séparé de la tumeur par un sillon très net. Et lorsque la tumeur est multiple, on peut en apprécier les irrégularités. Sur les 34 cas de fibromes primitifs cités dans la thèse de Lang, une seule fois le diagnostic fut posé par Breisky et c'est ce moyen qui lui permit de le faire, après avoir, par le toucher vaginal, constaté que l'utérus normal mobile se laissait bien délimiter d'avec la tumeur dont la mo-

bilité était absolument indépendante de celle de l'utérus. Cet auteur pratiqua la palpation qui lui permit de sentir les deux ovaires normaux et son diagnostic était posé.

Mais tous ces signes font quelquefois défaut et il arrive souvent qu'une malade portant une tumeur vient consulter pour un tout autre motif, souvent pour des troubles du côté de la vessie.

Ce n'est qu'après avoir acquis un certain développement qu'elle manifeste sa présence par de la pesanteur, des tiraillements du côté des lombes.

Les symptômes caractérisant les fibromes utérins, hémorragies, leucorrhée, hydrorrhée, ne se rencontrent pas en général dans les fibromes primitifs du ligament large. C'est là un point important, mais ce n'est pas toujours la règle et c'est ce qui en fait justement la difficulté du diagnostic, surtout lorsque, comme dans le cas de MM. Boursier et Venot et dans bien d'autres, il y a coexistence de fibromes utérins. On observe alors des hémorragies utérines, ayant tous les caractères de celles qu'on observe chez les fibromateuses et ces hémorragies rendent alors le diagnostic parfois difficile.

Cette coexistence de fibromes utérins n'est pas rare en effet.

Dans l'observation de MM. Boursier et Venot (Obs. 1 résumée), il existait sur l'utérus un certain nombre de noyaux fibromateux.

Dans celle de M. Demons (Obs. II résumée), on trouva, tout à fait indépendant de la tumeur, un petit fibrome pédiculé situé sur son bord supérieur, un autre sessile, interstitiel sur sa face postérieure.

Dans le cas de Rydygier, (cité in thèse de Lang), on trouva dans l'utérus deux petites tumeurs intra-péritonéales, l'une de la grosseur d'une pomme, l'autre plus petite. Dans l'observation de Binaud (Obs. VIII), l'utérus présentait un petit fibrome de la grosseur d'une noix.

Et nous pourrions citer bien d'autres cas encore, où l'on

a eu à signaler cette coexistence de fibromes utérins. Mais à côté des signes physiques que nous venons de signaler, il en est d'autres, non moins importants et que nous ne saurions oublier, nous voulons parler des phénomènes de compression. On peut les observer quand la tumeur volumineuse envahit tout l'abdomen, mais c'est surtout lorsque les fibromes sont inclus, lorsqu'ils se développent dans le petit bassin qu'ils forment une tumeur pelvienne, que ces symptômes sont dominants, les troubles retentissent sur tous les organes situés dans le petit bassin, viscères, vaisseaux et nerfs.

Nous ne dirons qu'un mot du symptôme « douleur », dont le caractère et l'intensité sont très variables et dépendent du volume et du siège de la tumeur.

Elle se traduit ordinairement par des fourmillements, des tiraillements du côté des lombes, une pesanteur dans le bas-ventre. Tantôt elle est sourde, tantôt lancinante, quelquefois, comme dans notre Obs.VIII, la tumeur, sans être le siège de douleurs spontanées, est très sensible à la pression et même à un faible contact.

On peut observer des phénomènes de compression du côté du thorax, lorsque la tumeur remonte très haut, les mouvements du diaphragme peuvent être gênés; le malade présente de la dyspnée et se cyanose. Dans un des cas de M. Demons (Obs. II résumée), l'examen des poumons montrait à droite depuis la base du thorax jusqu'à la pointe de l'omoplate, une zone de matité absolue avec disparition du murmure vésiculaire, bronchophonie et pectoriloquie aphone; il y avait un hydro-thorax notable et un essoufflement manifeste. Trois jours après l'opération, on signalait une diminution notable de l'épanchement pleurétique et la matité avait diminué de moitié.

Le cinquième jour, le murmure vésiculaire s'entendait dans toute la hauteur du poumon et lorsque la malade quitte l'hôpital, elle n'avait ni ascite, ni épanchement pleurétique, ni œdème.

Du côté de l'appareil digestif, lorsque la tumeur est considérable. elle peut donner lieu à des phénomènes d'obstruction intestinale par compression d'une des portions de l'intestin. La constipation peut devenir de plus en plus opiniâtre et peut aboutir à l'obstruction chronique.

Du côté de l'appareil urinaire, on observe souvent de la rétention d'urine complète ou incomplète et ce symptôme a son importance car c'est lui qui souvent oblige le malade à venir consulter.

Lorsque le fibrome est enclavé, il comprime quelquefois le col de la vessie ou l'uretère, et donne lieu à des phénomènes de dysurie. Dans un cas de Vautrin, la malade était obligée de presser sur son bas-ventre avec ses deux mains, elle devait se pencher en avant et s'accroupir pour pouvoir expulser son urine.

On peut observer de l'albuminurie, comme dans un cas de Dubourg, où la malade rendait jusqu'à 9 gr. 60 d'albumine. Monsieur Denigès avait pensé que la forte proportion d'albumine opposée à la petite quantité d'éléments figurés rénaux devait faire penser à une albuminurie. par compression ce qui fut confirmé par l'opération qui montra, en effet, une compression de l'uretère. Après l'opération, il n'y avait plus que 53 centigrammes d'albumine par litre.

La compression des vaisseaux et en particulier de la veine cave inférieure et des veines iliaques donne souvent lieu à de l'œdème et quelquefois à de l'ascite, comme nous l'avons vu dans plusieurs de nos observations et en particulier dans nos Observations II et XI.

Diagnostic. — Et malgré tous les symptômes que nous venons de signaler, le diagnostic de fibrome primitif du ligament large est encore très difficile à établir dans la plupart des cas et, pour le prouver, il nous suffira de citer quelques chiffres. Sur les 34 observations certaines de fibromes primitifs du ligament large cités dans la thèse de Lang, une seule fois, le diagnostic fut posé per Breisky.

Dans la thèse de Stroheker, nous avons relevé 60 observations de fibromes primitifs du ligament large, quatre fois seulement le diagnostic fut posé, dans les cas de Walton, Pollosson, Schmid, et Mikulicz.

Sur les trois cas rapportés par M. Demons, une seule fois le diagnostic fut posé.

Il appert de la lecture des observations que presque toujours ces tumeurs ont été prises pour des tumeurs solides de l'ovaire, soit pour des kystes inclus dans le ligament large, mais surtout pour des fibromes utérins, cette erreur est la plus fréquente, elle nous semble presque impossible à éviter lorsque les rapports de l'utérus et du fibrome sont tellement intimes que les mouvements de la tumeur se transmettent à la matrice et réciproquement et surtout, comme nous l'avons dit plus haut, quand il existe en même temps des fibromes utérins donnant lieu à des hémorragies.

Monsieur Demons nous cite une erreur commise par lui à propos d'un fibrome multilobulé qu'il avait pris pour des tumeurs de la paroi abdominale et il se basait pour établir son diagnostic sur l'âge de la malade, l'indépendance bien nette de l'utérus, l'absence de métrorragie et aussi parce que la paroi abdominale durcissait sous la pression des doigts, il lui semblait que les tumeurs immobiles étaient fusionnées avec elle.

Dans une autre circonstance, M. Chavannaz, ayant opéré une malade à l'hôpital Tastet-Girard avait diagnostiqué un fibrome du ligament large, il avait trouvé une tumeur arrondie, incluse dans le ligament large, de consistance très dure. C'était un kyste à paroi épaisse, calcifiée, contenant un liquide très chargé en cholestérine.

Comment donc pourra-t-on arriver à poser un diagnostic de fibrome primitif du ligament large?

De ce que nous venons de dire, il résulte qu'il serait difficile de trouver une formule pouvant répondre à tous les cas, mais nous pensons ne pas trop nous avancer en disant que l'on pourra presque à coup sûr établir le dia-

gnostic de fibromyome développé primitivement dans le ligament large, lorsqu'on trouvera dans une des fosses iliaques une tumeur de volume moyen, de consistance très dure, indolente, dont la mobilité est indépendante de celle de l'utérus dont elle est nettement séparée par un sillon et n'ayant jamais occasionné de métrorragies, de ménorragie ou de leucorrhée.

CHAPITRE VII

Pronostic

Les tumeurs fibreuses développées primitivement dans le ligament large ont été souvent des trouvailles d'opération, ou d'autopsie, c'est dire que leur développement s'était fait sans provoquer le moindre accident, et que, par conséquent, elles avaient toujours été ignorées du malade et du chirurgien, mais cela ne veut pas dire que tous les fibromes du ligament large soient d'une bénignité absolue.

Les fibromes dont le pronostic est le plus sombre ne sont pas ceux à évolution abdominale, ce ne sont pas ceux de l'étage supérieur, mais ce sont ceux de l'étage inférieur, ce sont ces tumeurs qui, nées dans le petit bassin sont bridées par le ligament large, ne peuvent plus franchir le détroit supérieur et « s'enclavent ».

Ce sont ces masses fibreuses qui rendent le pronostic plus grave par le fait même de leur augmentation de volume, et par leur connexion avec les organes voisins.

C'est lorsque apparaissent les phénomènes de compression, les épanchements séreux, que le pronostic s'assombrit ; et autant une malade aura de chances d'être opérée avec succès lorsque la tumeur est encore inoffensive, autant ces chances de succès seront moindres lorsque le fibrome aura augmenté

de volume et surtout lorsqu'il se sera enclavé, car, l'enclavement des fibromes en rend le pronostic opératoire plus sombre.

Nous ajouterons que ce qui rend le pronostic de ces fibromes plus grave que celui des fibromes uturins, c'est que l'ablation de la tumeur fait place à une vaste cavité inhabitée qui, lorsqu'elle n'est pas suffisamment refermée et capitonnée, offre un terrain favorable à la suppuration.

CHAPITRE VIII

Traitement

Au point de vue du traitement nous classerons les tumeurs qui nous occupent, en trois catégories.

1° Fibromes pédiculés;
2° Fibromes de moyen volume;
3° Fibromes de gros volume:

Nous ne nous occuperons pas des petits fibromes qui ne causent aucun trouble et ne demandent pas d'intervention, ils sont, dans la plupart des cas, d'ailleurs, découverts à l'autopsie ou pendant l'opération.

1° Les fibromes pédiculés du ligament large sont ceux dont le traitement est le plus simple et prête le moins à discussion.

Nous avons relevé 13 cas dans la thèse de Stroheker et nous y ajouterons un cas de M. Demons (Obs. II, résumée). Le traitement se borne à la ligature du pédicule, suivi d'excision. C'est ce que les opérateurs ont fait dans tous les cas cités.

Des accidents ont néanmoins été enregistrés.

Dans l'observation de Sänger, on voit la guérison retardée par l'apparition d'une pelvi-péritonite circonscrite qui amène

la formation autour du pédicule d'un exsudat assez considérable, et fixe l'utérus en rétroversion, il est vrai que l'opération avait été rendue difficile par les adhérences et le volume de la tumeur.

Dans une observation de Mikulicz, après la ligature du pédicule, on voit survenir une hémorragie intra-abdominale, suivie d'une suppuration dans le bassin. Les opérées de Doran, et celle de Binaud (Obs. VIII) guérissent sans encombre. Gross (Obs. VI) observe vers le dixième jour après l'opération un léger endolorissement et de la tuméfaction dans la région du pédicule.

En somme les complications post-opératoires sont assez rares, et les hémorragies secondaires, à l'ablation de fibromes pédiculés sont des faits exceptionnels.

2° Les fibromes ligamentaires de moyen volume sont ceux qu'on observe le plus souvent. Leur extirpation est certainement plus difficile que celle des tumeurs pédiculées.

Une question se pose. Faut-il dans ce cas utiliser la voie vaginale ou la voie abdominale. Nous ne croyons pas qu'on puisse utiliser la première, car pour ce faire, plusieurs conditions devraient se trouver réalisées. Et d'abord, le diagnostic de fibrome primitif sans connexion avec l'utérus devrait être posée d'une manière certaine, ce qui, dans certains cas, est bien difficile, sinon impossible. De plus, il faudrait que la tumeur fut facilement accessible par le vagin afin qu'elle put être réduite par morcellement puis extirpée. Mais cette voie est pleine de dangers, les instruments du chirurgien étant obligés d'évoluer entre l'utérus et la paroi pelvienne, autour de l'uretère.

La voie abdominale paraît donc être sans contredit la meilleure voie pour aborder ces tumeurs, et l'énucléation est la méthode de choix adoptée aujourd'hui par la plupart des chirurgiens.

Cette méthode a été préconisée par Vautrin dans un intéressant travail (Congrès français de chirurgie 1895.) « Ces tumeurs, dit-il, n'ayant jamais de connexions vasculaires très

étendues, il suffira après avoir ouvert la cavité abdominale, et mis à jour le fibrome et l'utérus, d'inciser l'enveloppe séreuse ligamentaire parallèlement à la direction de la trompe Cette incision prolongée autant qu'il le faut pour laisser passer le plus grand diamètre de la tumeur ne donne en général que peu de sang. Elle permet l'introduction du doigt et de la main qui circonscrivent successivement le fibrome en suivant sa capsule. »

La décortication de ces tumeurs, est généralement facile et M. le prof. Demons a justement signalé cette facilité à propos d'une de ses observations.

M. Demons oppose cette facilité de décortication de ces tumeurs aux adhérences étroites et résistantes que présentent d'ordinaire les kystes ovariens ou wolfiens inclus dans le ligament large. Souvent même, d'après lui, la traction simple réussit à désenclaver complètement ou à peu près ces tumeurs.

Il est bon, dans certains cas, de placer un drain pour quelques jours à la partie inférieure de la paroi abdominale.

Les suites opératoires de l'extirpation par énucléation sont en général satisfaisantes, comme il appert de la lecture des observations.

Dans une de ses observations, M. Demons signale une inflammation du tissu cellulaire du ligament large gauche terminé par un abcès dont le pus retarda un peu la guérison.

Une autre voie, la voie para-péritonéale a été proposée par Pollosson, à propos d'un fibrome profondément enclavé dans le petit bassin et qu'il ne pouvait saisir. Cette voie lui permit d'aller chercher profondément le fibrome et de l'extirper avec assez de facilité. Il peut de cette façon, dit-il, obtenir un large volet et peut aborder de volumineuses tumeurs.

Il pensait que, par ce procédé, une faute d'antisepsie aurait moins de chance d'être fatale, et au point de vue opératoire il estimait qu'il était plus commode de n'avoir pas à s'occuper des anses intestinales. Ces arguments tombent aujour-

d'hui d'eux-mêmes depuis les progrès de l'antisepsie et depuis l'usage, dans ces sortes d'opération, du plan incliné. Aussi, cette voie est-elle complètement abandonnée. En aucun cas, d'ailleurs, l'incision latérale ne donnera le même accès jusqu'au plancher du bassin que la voie abdominale.

3° Nous arrivons maintenant aux énormes fibromes intraligamentaires; leur traitement est beaucoup plus compliqué, et Vautrin, dans son travail de 1895, en a montré toute la gravité opératoire. Ce qui fait le danger de l'opération, dans ces sortes de tumeurs, c'est surtout l'énorme vascularisation qui existe à leur périphérie. Plus leur volume est considérable, et plus les vaisseaux veineux sont dilatés et nombreux. Les fibromes de petit volume possèdent, en général, un petit pédicule vasculaire qu'on peut lier facilement. Mais ceux, au contraire, qui naissent aux environs de l'artère utérine, sont très richement vascularisés et leur capsule est sillonnée de grosses veines comme on n'en trouve jamais dans les fibromes utériens.

Une autre difficulté réside dans la libération des adhérences qui existent avec l'intestin ou le péritoine pariétal. Le plus souvent, des adhérences englobent l'épiploon avec une ou plusieurs anses d'intestin et peuvent intéresser la vessie ou l'uretère.

Dans un cas de Billroth (tumeur de 18 kilogr.), le rein et la capsule surrénale tombés dans le petit bassin adhéraient si intimement à la tumeur qu'il fallut enlever ces organes avec le fibrome.

Dans le cas de Boussi (Obs. IV résumée), on trouva, à l'autopsie, une tumeur grosse comme une tête d'adulte, adhérente à la paroi antérieure par des travées celluleuses en haut et à droite; elle adhérait au grand épiploon et à une anse intestinale. Dans celui de Mikulicz, cité dans la thèse de Stroheker, la face supérieure de la tumeur adhérait largement et intimement avec l'épiploon, et solidement en arrière et à gauche avec le côlon transverse.

Dans l'observation de Buschmann, citée dans la même

thèse, la tumeur, qui pesait 18 kilos, adhérait solidement au rein gauche et à sa capsule surrénale.

L'observation de Rydigier, où il est fait mention d'un fibrome de 30 livres, est une des rares où la tumeur n'occupait par sa base, que la partie supérieure de l'espace intraligamentaire.

C'est aussi un des cas exceptionnels de guérison de fibrome volumineux,, avec celui de Freund, qui extirpa du ligament large, une tumeur de 30 livres.

Nous citerons également le cas de Vautrin qui enleva un fibromyome du poids de 7 kilos, qui n'était relié à l'utérus par aucun pédicule et dont la guérison fut parfaite.

Nous concluons de ces différentes observations que les adhérences constituent une difficulté énorme dans l'extirpation des gros fibromes du ligament large.

Quel sera donc le meilleur traitement de ces énormes tumeurs? Devra-t-on pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, comme l'ont conseillé certains auteurs, ou devra-t-on se contenter d'enlever la tumeur et laisser l'utérus en place.

Nous pensons que l'opération minima devra être pratiquée toutes les fois que cela sera possible. Cette opération consistera en la myomectomie précédée de la décortication. Cette décortication est en général facile comme nous l'avons vu dans plusieurs de nos observations, elle pourra être faite avec les doigts ou avec des ciseaux mousses, ou, comme l'a conseillé M. Demons, avec des compresses aseptiques.

La myomectomie sera ensuite pratiquée, et l'utérus sera laissé en place toutes les fois qu'il sera indemne.

A quoi bon, en effet, supprimer inutilement un organe absolument sain, absolument normal, surtout lorsque ses fonctions sont aussi importantes que celles de la matrice; nous pensons, au contraire que l'hystérectomie abdominale totale sera indiquée toutes les fois que la matrice sera dégénérée. ou portera des noyaux fibreux appréciables.

De même, toutes les fois que les ovaires seront altérés, ils devront être supprimés.

Une fois l'opération de la myomectomie pratiquée, il est des cas où le ligament large a conservé une élasticité suffisante pour revenir sur lui-même, mais, il peut arriver, comme dans une des observations de M. le docteur Bonamy, que la loge péritonéale soit déchiquetée et qu'elle forme une vaste cavité saignante. Il ne sera pas suffisant alors de suturer les deux feuillets péritonéaux, il faudra, dans ce cas, tamponner largement et tout en ayant supprimé le plus possible de la coque péritonéale dans laquelle était incluse la tumeur, il faudra, néanmoins, avoir conservé suffisamment de péritoine pour tapisser, pour capitonner la paroi pelvienne.

CONCLUSIONS

1° Nous appuyant sur des preuves anatomiques, embryologiques et cliniques, nous nous croyons autorisé, d'accord avec la plupart des chirurgiens, à conclure à l'autonomie de certains fibromyomes du ligament large.

2° Le mode de développement de ces tumeurs répond à trois variétés :

a) Tumeurs pédiculées sur le ligament large qui sont ordinairement d'origine pelvienne.

b) Tumeurs non pédiculées, incluses dans le ligament large, qui sont les véritables fibromes primitifs, et qui forment suivant leur volume, des tumeurs pelviennes ou pelvi-abdominales.

c) Tumeurs primitivement pédiculées et dont le pédicule s'est rompu.

3° Qu'elles soient pelviennes ou abdominales, ces tumeurs donnent presque toutes lieu, quand elles ont acquis un certain volume, à des phénomènes de compression qui se manifestent surtout du côté des appareils digestif et urinaire, des vaisseaux et des nerfs.

Elles ne s'accompagnent presque jamais d'hémorragie et sont généralement d'une consistance très dure, peu mobiles et unilatérales. Ces derniers symptômes seront souvent d'une grande utilité pour éclairer le diagnostic, souvent très difficile à poser, surtout lorsqu'il y a coexistence de fibromes utérins, donnant lieu à des hémorragies.

Au point de vue du traitement, nous les avons classées en trois catégories :

a) Les fibromes pédiculés seront traités par la ligature du pédicule, suivie d'excision.

b) Les fibromes sessiles de petit volume, seront traités par l'énucléation.

c) Les tumeurs énormes sont les plus dangereuses, à cause de leur vascularisation abondante et des changements qu'elles déterminent dans les rapports des organes voisins. La myomectomie, précédée de la décortication, sera le traitement de choix.

Lorsque l'utérus est absolument sain, absolument normal, il devra être respecté, lorsque, au contraire, il sera porteur de noyaux fibreux appréciables, l'hystérectomie abdominale totale, c'est-à-dire l'ablation de l'utérus et de la tumeur, devra être pratiquée.

BIBLIOGRAPHIE

Baron, 1898. — Fibro sarcome du ligament large. *Bull. Soc. anat.*, Paris, p. 458.

Bilfinger, 1887. — Fibrome pédiculé du ligament large droit. Beitrag zur Kenntniss der primaren desmoiden Geschwulste in der breiten Mutterbanden.

Binaud (J. W.). — 1893. Fibrome pédiculé du ligament large droit. Des fibromyomes pédiculés primitivement développé sdans l'épaisseur du ligament large. *Bull. et Mem. Soc. Gynec. Obst. et Ped.*, Bordeaux, t. II, p. 97.

Boursier et Venot. — Fibrome du ligament large. *Bull. et Mem. Soc. Gyn. Obst. et Ped.*, Bordeaux, 1902.

Boussi, 1878. — Tumeur fibreuse volumineuse adhérente aux ligaments larges et complètement indépendante de l'utérus.

Demons. — Pour servir à l'histoire des fibromes du ligament large. *Bull. et Mem. Soc. Gyn. Obst. et Ped.*, Bordeaux, 1902.

Fremy, 1868. — Masse fibreuse développée dans les ligaments larges.

Gouget, 1892. — Fibrome du ligament large gauche comprimant l'uretère droit. *Bull. Soc. Anat.*, Paris 1892.

Griffon (V.), 1899. — Fibromyome aborigène du ligament large. *Bull. et Mem. Soc. Anat.*, Paris, 1899.

Gross. — Fibrome pédiculé du ligament large droit. Contributions à l'histoire des tumeurs solides et en particulier des fibromyomes des ligaments larges. Congrès français de chirurgie, 1892.

Gross. — Contribution à l'histoire des tumeurs solides et en particulier des fibromyomes des ligaments larges. Congrès français Chirurgie 1892.

Guyon, 1860. — Fibromes utérins et fibrome primitif du ligament large In thèse agrégation.

Lang. — Des tumeurs solides primitives des ligaments larges, et en particulier de leur histoire et de leur pathogénie. Thèse Nancy 1892.

Langner, 1887. — Myxo-fibrome du ligament large gauche indépendant de l'utérus. *Centralblatt. f. Gynak*, Leipzig, p. 241.

Mangui, 1897. — Tumeur kystique, développée dans le ligament large gauche.

Pozzi. – Traité de Gynécologie.

Sanger, 1880. – Fibromyome pédiculé du ligament large gauche. In : Ueber primare desmoide Geschwulste der ligam. lata.

Sanger, 1884. — Myome du ligament large. *Soc. Obstetr.* de Leipzig.

Stroheker. — Les fibromes du ligament large. Thèse, Paris, 1902.

Tedenat, 1890. — Fibromes multiples nés dans le ligament large. In Pozzi. Traité de Gynécologie, 1897.

Terrier, 1888. — Tumeur fibreuse du ligament large. *Bullet. et Mem. Soc. Chirurgie*, T. XIV.

Terrillon. — Des tumeurs incluses dans le ligament large. *Annales de Gynéc. et d'Obst.* Sept. 1885.

Vautrin, 1895. — Congrès français de chirurgie. Fibrome du ligament large. De l'extirpation des fibromes du ligament large.

Walton. — Fibrome du ligament large gauche. *Belgique Médicale*, 1899.

Virchow. — Pathologie des tumeurs. Trad. française, 1871. — T. III.
